



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationseinrichtung:	BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
Institutionskennzeichen:	510326695
Anschrift:	Greitstraße 18-28 31840 Hessisch Oldendorf
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0072 RH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	TÜV AUSTRIA Cert GmbH, Wien
Gültig vom:	11.09.2015
 bis:	10.09.2018
Zertifiziert seit:	11.09.2006

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung	9
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung	17
4 Informationswesen	20
5 Führung der Rehabilitationseinrichtung	22
6 Qualitätsmanagement	25

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Rehabilitandenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung der Rehabilitationseinrichtung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich die Rehabilitationseinrichtung zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Experten aus Rehabilitationseinrichtungen besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung der Rehabilitationseinrichtung – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

der Fremdbewertung wurde der Rehabilitationseinrichtung das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über die betreffende Einrichtung in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung, die Strukturdaten sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 1.1.

Wir freuen uns, dass die **BDH-Klinik Hessisch Oldendorf** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Rehabilitanden und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der BDH-Klinik

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist ein modernes neurologisches Zentrum, das sich in Trägerschaft durch den gemeinnützigen Verein BDH (Bundesverband Rehabilitation, Bonn) befindet. Die BDH-Klinik ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Wir verfügen über einen großen Krankenhausteil* mit 113 Planbetten, Phasen B und zusätzlich 127 Rehabilitationsbetten in allen Phasen der neurologischen Rehabilitation, Phasen C, D und E. Damit gehört die BDH-Klinik zu den größten neurologischen Fachkliniken Deutschlands.



Unser Konzept

Wir haben eine lange Tradition in der Frührehabilitation neurochirurgischer und neurologischer Patienten und Rehabilitanden. Neben der neurologischen Rehabilitation liegt ein weiterer traditionsreicher Schwerpunkt unserer Einrichtung auf der beruflichen Rehabilitation mit einem bewährten, multiprofessionellen Therapiekonzept. Das Besondere an unserer Einrichtung ist, dass wir phasenübergreifend von der Akutbehandlung und Frührehabilitation bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung, Behandlung und Rehabilitation aus einer Hand anbieten. So begleiten wir den gesamten Rehabilitationsprozess unserer Patienten/Rehabilitanden von der Aufnahme bis zur beruflichen Integration. Dieses Konzept ist weitgehend konkurrenzlos und bietet unseren Patienten/Rehabilitanden eine optimale Versorgung. Auch aus diesem Grund ist unser Haus eine Modellklinik, die seit Jahrzehnten von der gesetzlichen Unfallversicherung gefördert und frequentiert wird. Außerdem arbeiten wir eng mit den Berufsgenossenschaften mit einer „BG-Sonderstation“ zusammen und sind Teil des „Projektes Norddeutschland“, das eine optimale Versorgung Schädel-Hirn-verletzter Patienten/Rehabilitanden sicherstellen soll.

Darüber hinaus verbindet uns mit den Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung und der Arbeitsagentur eine langjährige gute Zusammenarbeit. Neben Diagnostik, medizinischer Behandlung und rehabilitativer Therapie nach modernsten wissenschaftlichen Erkenntnissen finden bei uns auch Naturheilverfahren und Akupunktur Anwendung. Um eine zukünftige gesundheitsbewusste Lebensführung anzubahnen, bieten wir unseren Patienten/Rehabilitanden Gesundheitstraining und ernährungswissenschaftliche Beratung an.



Unser Ziel ist es, unsere Patienten/Rehabilitanden so weit zu rehabilitieren, dass sie erfolgreich sozial und schulisch oder beruflich wieder integriert werden können. Der Patient/Rehabilitand und seine Bedürfnisse stehen bei uns im Mittelpunkt. Um dies zu gewährleisten, folgen wir dem Konzept der multiprofessionellen Stationsteams. Das bedeutet, dass auf jeder Station ein Team aus allen therapeutischen Bereichen eng zusammenarbeitet und sich täglich mehrfach über und mit dem Patienten/Rehabilitanden austauscht. Dieses multidisziplinäre Team begleitet den Patienten/Rehabilitanden während seiner gesamten Behandlung. Nach Aufnahme und Befunderhebung wird für jeden Patienten/Rehabilitanden individuell ein Therapieplan aufgestellt, der auf die jeweiligen Störungen abgestimmt ist und im Verlauf der Therapie den erzielten Veränderungen kontinuierlich angepasst wird.

Auch die Angehörigen möchten wir möglichst mit einbinden. So ist es z. B. möglich, dass Angehörige nach Absprache bei den Therapien zuschauen. Im Rahmen kompetenter Anleitung und Beratung des Patienten/Rehabilitanden sowie der Angehörigen möchten wir zur aktiven Bewältigung der Erkrankung beitragen und Möglichkeiten der „Hilfe zur Selbsthilfe“ aufzeigen.

Das Konzept der Stationsteams garantiert eine patienten-/rehabilitandenorientierte, ganzheitliche Versorgung auf hohem Niveau. Um auch weiterhin ein Behandlungskonzept erstklassiger Qualität vorlegen zu können, betreiben wir ein aktives und mitarbeiterorientiertes Qualitätsmanagement und haben so die Zertifizierung durch die DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation), die IQMG (Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH) und die Zertifizierung und bereits die 2. Rezertifizierung durch die KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) erreicht.

Indikationen & Kostenträger

Wir übernehmen neurologische und neurochirurgische Patienten/Rehabilitanden sämtlicher Indikationen. Besondere Erfahrungen haben wir mit folgenden Krankheitsbildern: Hirninfarkt und Hirnblutung („Schlaganfall“), Schädel-Hirn-Trauma und andere Verletzungen des Nervensystems, Polytrauma, hypoxischer Hirnschaden, Tumorerkrankungen des Nervensystems, Infektionen und andere Entzündungen des Nervensystems (Meningitis, Enzephalitis, Vasculitis, Polyneuritis). Durch unser multiprofessionelles Team können wir das gesamte Spektrum neurologischer und neurochirurgischer Erkrankungen auch unter intensivmedizinischen Gesichtspunkten verantwortlich behandeln. Die konsiliarische Mitbetreuung der Patienten/Rehabilitanden, z. B. von unfallchirurgischer Seite, aber auch durch Spezialisten anderer medizinischer Fachbereiche ist gewährleistet, sodass die rehabilitative Versorgung polytraumatisierter Patienten/Rehabilitanden nahtlos möglich ist.



Auch Kurmaßnahmen und ambulante Leistungen (neurologische, neurotraumatologische, neuroorthopädische Erkrankungen) sind selbstverständlich jederzeit in unserer Einrichtung möglich.

Stationen

Damit auch die instabilen und sogar noch beatmeten Patienten bereits von einer rehabilitativen Therapie profitieren können, haben wir eine 3. Überwachungsstation im Juni 2015 etabliert. Zusätzlich wurde eine 25 Betten umfassende neurologische Intensivstation, von denen 4 Betten der Stroke Unit zugeordnet sind, eröffnet.



Auf den Stationen E, 1, 2, und S bieten wir unseren Patienten/Rehabilitanden, die nicht am Monitor überwacht werden müssen, meist Zweibettzimmer an. Im Herbst 2010 wurde auf den Stationen 1 und 2 ein Erweiterungsbau mit modernen behindertengerechten Zimmern eröffnet. Bis Mitte 2015 wurden die Patientenzimmer mit den dazugehörigen Nasszellen der Stationen E, 1 und 2 modernisiert, die Flure der Stationen verbreitert.

Natürlich können Patienten / Rehabilitanden auch im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen und stationären Rehabilitationsmaßnahmen unser weitgefächertes rehabilitatives Angebot in Anspruch nehmen. Diesem Bereich und der beruflichen Rehabilitation ist die Station 3, vorwiegend mit Einzelzimmern, zugeordnet. Im Jahr 2014 wurden zusätzlich 24 neue moderne Einzelzimmer geschaffen.



* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt rehabilitandenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung/Therapie sind rehabilitandenorientiert

Anmeldungen über das Servicecenter können 24 Stunden erfolgen. Medizinische Fragen werden durch einen Oberarzt/Dienstarzt während der Geschäftszeiten beantwortet. Notfälle können rund um die Uhr aufgenommen werden. Für Bahnreisende gibt es einen kostenlosen Shuttleservice zum Bahnhof Hessisch Oldendorf; kostenlose Parkplätze – auch behindertengerecht – befinden sich nahe der Einrichtung. Infomaterial steht in Form einer Broschüre zur Verfügung. Die Homepage gibt ebenfalls umfangreich Auskunft.

1.1.2 Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung

Es sind mehrere Hauptübersichtstafeln im Außenbereich und eine aktualisierte Außenbeschilderung zur Kennzeichnung der einzelnen Gebäude und Bereiche vorhanden. Die interne Beschilderung, ergänzt durch Piktogramme und Pfeile, erfolgt nach dem Ampelprinzip. Lagepläne und Informationsbroschüren werden Patienten, Rehabilitanden und Angehörigen zur Verfügung gestellt. Eine zentrale Information steht für sämtliche Auskünfte zur Verfügung. Mündliche Unterstützung bei der Orientierung ist durch alle Mitarbeiter jederzeit sichergestellt.

1.1.3 Rehabilitandenorientierung während der Aufnahme

Der angemeldete Patient bzw. Rehabilitand kommt auf die Aufnahmestation und wird sofort vom diensthabenden Arzt beurteilt und auf eine Station verlegt. Notfallaufnahmen werden direkt zur Notaufnahme auf der ITS geleitet. Sofort nach der Aufnahmeuntersuchung erstellt der Stationsarzt den Therapieplan und ordnet Untersuchungen an. Die Versorgung einrichtungsinterner Hilfsmittel wird umgehend gewährleistet. Individuelle Besonderheiten und Wünsche des Patienten bzw. Rehabilitanden und der Angehörigen werden in interdisziplinären Teambesprechungen berücksichtigt und dokumentiert.

1.1.4 Ambulante Rehabilitandenversorgung

In der BDH-Klinik werden sowohl Notfälle ambulant versorgt als auch elektiv einbestellte Patienten bzw. Rehabilitanden. Auf Notfälle sind wir räumlich und personell eingestellt. Die Behandlung der elektiv Einbestellten ist bereits im Vorfeld koordiniert. Eventuell notwendige Zusatzuntersuchungen werden möglichst in der Einrichtung durchgeführt. Ein zeitnah und ausführlich erstellter Entlassbericht garantiert die Versorgung der weiterbehandelnden Ärzte mit allen relevanten Informationen zur nahtlosen Weiterbehandlung nach Entlassung.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung/Therapie

1.2.1 Ersteinschätzung

Die Ersteinschätzung erfolgt ICF-orientiert. Bei der körperlichen Untersuchung und bei der Aktenlegung werden der Schutz der Intimsphäre und Datenschutzbedingungen zwingend beachtet. Es werden die Risiken, Fähigkeiten und das Rehabilitationspotenzial unter Teilhabeaspekten beurteilt und ein Therapieplan erstellt. Hierbei werden Erwartungen und Wünsche patienten- und angehörigenzentriert berücksichtigt. Die Koordination erfolgt durch die zentrale Therapieplanung.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde liegen bereits bei Anmeldung vor. Rehabilitanden werden gebeten, weitere Vorbefunde mitzubringen. Ggf. werden weitere vom vorbehandelnden Arzt angefordert. So werden Doppeluntersuchungen vermieden. Bei Aufnahme wird die Einverständniserklärung zum Einholen von Vorbefunden vom Patienten, Rehabilitanden bzw. Betreuer unterschrieben. Alle Unterlagen werden bei einrichtungsinternen Verlegungen an die nächste Station weitergegeben. Die Vorbefunde werden genutzt, um eine individuelle Therapieplanung/Versorgung zu gewährleisten.

1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses

Bei ärztlicher Aufnahme mit Untersuchung, Überprüfung der Phasenzuordnung und Reha-Bedürftigkeit wird ein ICF-orientierter Rehaplan erstellt. Der dem Rehabilitanden ausgehängte Plan beinhaltet gemeinsam vereinbarte Rehabilitationsziele. Der nach multimodalem Behandlungskonzept durchgeführte individuelle Rehabilitationsprozess wird bis hin zur Entlassung unter ärztlicher Verantwortung kontinuierlich überprüft und stetig entsprechend den aktuellen funktionellen Beeinträchtigungen angepasst.

1.2.4 Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs-/Therapieplanung

Der Rehabilitand wird unter Berücksichtigung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren in die teilhabeorientierte Therapieplanung integriert. In regelmäßigen Teambesprechungen werden Behandlungsziele fortlaufend überprüft, angepasst und dokumentiert. Bei ablehnender Haltung erfolgen Erläuterungen und motivierende Gespräche. Sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt.

1.3 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

Die Patienten-/Rehabilitandenorientierung wird durch enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, unter Einbeziehung der Betroffenen und Angehörigen, sichergestellt. Der Facharztstandard ist gewährleistet. Vorrat zum Eigenbedarf und Kooperation mit Fachkranken-/Sanitätshäusern gewährleisten eine zeitgerechte Arznei- und Hilfsmittelversorgung. Ein Therapieplan wird individuell nach fachspezifischer Befunderhebung und Berücksichtigung der Patienten-/Rehabilitandenwünsche erstellt und regelmäßig angepasst.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Die Diagnostik und Therapie in der Einrichtung erfolgt leitlinienkonform. Dazu werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und den Pflegedienst angeboten, in denen über den State of the Art informiert wird. Bei relevanten Änderungen der Leitlinien erfolgt die Information aller Mitarbeiter per Rundschreiben oder Dienstanweisung. Um die jeweils aktuellen Leitlinien einsehen zu können, existieren Links im Intranet.

1.3.3 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes

Die Patienten bzw. Rehabilitanden sind durch die Homepage, die Aufnahme im Servicecenter, die Begrüßungsmappe, -veranstaltung und das ärztliche/pflegerische Aufnahmegespräch vorinformiert. Zusätzlich können sie umfangreiche Beratungsangebote nutzen, z. B. Gesundheitstraining, Diätberatung, Raucherentwöhnung. Die Privatsphäre wird durch Einzelbesprechung gewahrt. Der Patient bzw. Rehabilitand wird mündlich, per Informationsflyer bzw. Aufklärungsbogen über Risiken und Ziele medizinischer Behandlungen aufgeklärt.

1.3.4 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes: Ernährung

Bei der Verpflegung werden alle Wünsche berücksichtigt. Dem Speiseplan liegen ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse zu Grunde, es stehen 5 Menüs zur Auswahl, zusätzlich gesonderte Diätkostformen. Das Hygienekontrollsystem gewährleistet Frische und Mindesttemperatur von 75 Grad. Ein Kartensystem berücksichtigt die Bedürfnisse der Patienten/Rehabilitanden, der Pflegedienst hilft beim Ausfüllen. Bei geriatrischen und Dysphagiepatienten/-rehabilitanden erfolgt die Überwachung und Dokumentation der Nahrungsaufnahme. Zusätzlich gibt eine Übersicht Auskunft über die in den Speisen vorhandenen Allergene bzw. kann man beim Servicepersonal weitere Informationen über Allergene bezogen auf den Speiseplan erhalten.

1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes

Der Therapieaufenthalt wird ärztlicherseits gesteuert und im Team koordiniert, mit dem Ziel einer bestmöglichen Teilhabe. Nach der medizinischen Indikation erfolgen diagnostische Untersuchungen. Die Ergebnisse der Diagnostik stehen zeitnah zur Verfügung. Eingehende Befunde werden vom Arzt umgehend überprüft, abgezeichnet, ggf. weitere Maßnahmen angeordnet. Die Patienten bzw. Rehabilitanden werden bei Bedarf durch geschulte Mitarbeiter begleitet. Das Konsilwesen ist strukturiert. Ein individueller Therapieplan wird erstellt.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: chirurgische Eingriffe

Die Koordination operativer Eingriffe obliegt der Intensivstation. Sowohl die Koordination der Konsiliar-ärzte als auch der Abläufe obliegt einem Oberarzt der Intensivstation. Die Standards der prä- und postoperativen Versorgung werden durch den Oberarzt fachärztlich überwacht.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung

Täglich finden morgens interdisziplinäre Fallbesprechungen auf den Stationen statt. Es werden regelmäßig neben den ärztlichen und pflegerischen Visiten sowie den berufsorientierten Reha- und BG-Konferenzen auf allen Stationen Reha-Visiten mit sämtlichen an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen durchgeführt. Pflegedienst und Endoskopieassistenz koordinieren Konsiliaruntersuchungen, zugehörige Dokumente werden vom Oberarzt kontrolliert und in der Akte abgelegt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Visite

Die medizinische Visite, interdisziplinäre Rehavisite, -konferenz („Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben-IMBA“) und die tägliche Teambesprechung gewährleisten die effiziente Zusammenarbeit und Kommunikation mit Patienten/Rehabilitanden, ggf. Angehörigen, den Therapeuten untereinander bzw. zwischen dem ärztlichen, Pflege- und Sozialdienst zur optimalen Förderung des einzelnen Patienten/Rehabilitanden. Oberarzt- und Chefarztvisiten finden mindestens 1x wöchentlich bzw. täglich statt. In der Akte und im GPM werden alle Verordnungen/Vorgänge regelmäßig dokumentiert.

1.3.9 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/Leistungsbeurteilung/berufliche Situation

Es werden regelmäßige Besprechungen aller am Reha-Prozess Beteiligten durchgeführt. Es erfolgt die Erstellung von neuropsychologischen Befunden und Assessmentbögen, inklusive standardisierter Profile nach IMBA. Eine interne und/oder externe Erprobung und/oder Eignungsabklärung wird bei Bedarf durchgeführt. Die Rehabilitanden sind an allen Besprechungen persönlich beteiligt. Zur Umsetzung der Beurteilungen und Ergebnisse wird die tägliche Therapieplanung der Entwicklung angepasst und fortlaufend notwendige Reha-Schritte und -Ziele überprüft und modifiziert.

1.3.10 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/häusliche Situation

Bei der Überleitung in eine Pflegeeinrichtung oder Eingliederung in die Familie wird, unter

Einbeziehung aller relevanten Kontextfaktoren, eine intensive Begleitung und persönliche Beratung gewährleistet unter Aufbau eines individuell anzupassenden, fachlich adäquaten nachklinischen Versorgungsmodells. Eine strukturierte Beurteilung der häuslichen Situation wird im Rahmen der Pflegeumfeldplanung in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern umgesetzt. Im Rahmen einer nahtlosen Überleitung wird die Entlassung von Case-Managern bedarfsgerecht durchgeführt.

1.4 Übergang des Rehabilitanden in andere Versorgungsbereiche

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Entlassung, Verlegung oder Maßnahmenwechsel werden durch Ärzte entschieden und mit dem Patienten/Rehabilitanden kommuniziert. Bei Entlassung wird vom Arzt eine Erreichung der Rehabilitationsziele ICF-konform beurteilt. Angehörige und ggf. der Sozialversicherungsträger werden frühzeitig eingebunden. Der Sozialdienst organisiert die Nachsorge. Notwendige Unterlagen werden bereitgestellt.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Rehabilitanden in einen anderen Versorgungsbereich

Die Patienten/Rehabilitanden erhalten bei Entlassung einen ärztlichen Bericht mit den relevanten medizinischen und therapeutischen Informationen sowie einen Pflegebericht. Im Bedarfsfall erfolgt eine telefonische Übermittlung von Vorinformationen an den weiterbehandelnden Arzt oder die weiterbehandelnde Einrichtung. Bei hausinternen Verlegungen erfolgt eine frühzeitige, ausführliche Übergabe an die nachfolgenden Abteilungen. Informationen an Dritte werden nur nach Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung weitergegeben.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Eine nahtlose Weiterversorgung ist gewährleistet durch intensive Kooperation des Sozial-, ärztlichen und Pflegedienstes mit Nachsorgeeinrichtungen, Eingliederungshilfen, Trägern der Leistungen zur Hilfe am Arbeitsleben, ambulanten Sozialdiensten und Sanitätshäusern. Notwendige Überleitungs-/Entlassungsschritte werden nach Abschluss der notwendigen Vorbereitungen systematisch dokumentiert und umgesetzt.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Bereitstellung qualifizierten Personals

Auf der Basis einer qualifizierten Personalbedarfsermittlung, einer externen Unternehmensberatung und der fortlaufenden jährlichen Weiterentwicklung liegt ein verbindlicher Stellenplan für jede Abteilung vor. Anhand dieses Stellenplans und zukünftigen Bedarfs wird qualifiziertes Personal akquiriert.

2.2 Personalentwicklung

Die Einrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung, um Personal zu binden und zu motivieren. Dazu werden auch Jahresmitarbeitergespräche geführt.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Die Einrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung, um Personal zu binden und zu motivieren. Dazu werden auch Jahresmitarbeitergespräche geführt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Bezogen auf jede Abteilung werden berufsgruppenspezifische Qualifikationen eingefordert. Diese werden bereits zur Einstellungsvoraussetzung gemacht, Stellenbeschreibungen existieren. Darüber hinaus finden im Rahmen der Personalentwicklung Qualifizierungsmaßnahmen statt, Jahresmitarbeitergespräche werden geführt.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

In der BDH-Klinik Klinik Hessisch Oldendorf folgt die systematische Fort- und Weiterbildung einem Personalentwicklungskonzept. Der Fortbildungsbedarf wird jährlich prospektiv geplant, Grundlage sind die Jahresmitarbeitergespräche. Die Beantragung erfolgt standardisiert.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Für Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter, die im Interesse der Einrichtung angeboten und durchgeführt werden, erfolgt grundsätzlich die Freistellung unter Fortzahlung der Bezüge sowie eine Kostenübernahme der Kursgebühren. Die Kosten sind im Jahreswirtschaftsplan enthalten. Vielfältige therapeutische Weiterbildungen, Höherqualifikation im Bereich der Pflege, z. B. Weiterbildung zur Fachpflegekraft oder notwendige ärztliche Qualifikationen, sind sichergestellt. Weiterführende Fortbildungswünsche der Mitarbeiter werden nach Möglichkeit gefördert.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Im Seminarraum der Einrichtung ist ein Netzwerkrechner mit Beamer installiert. Flipcharts, Moderationswände und -koffer stehen zur Verfügung. Der Zugriff zu Fachzeitschriften ist sichergestellt. Die Einrichtung hat Zugriff auf die elektronische Zeitschriftenbibliothek der Medizinischen Hochschule Hannover. Ein Medline-Zugang ist über das Intranet eingerichtet.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Die Einrichtung arbeitet mit Ausbildungseinrichtungen, vor allem im Bereich Pflege, zusammen. Die Organisation der Auszubildenden übernimmt der jeweilige fachliche Leiter bzw. Mentor. Bei längerer Anwesenheit in der Einrichtung greift das Einarbeitungskonzept, welches auch für neue Mitarbeiter gilt. Die Ausbildungskataloge sind praxisorientiert, fachspezifisch und interdisziplinär. An internen Fort- und Weiterbildungen, die z. B. auch auf der Homepage ausgeschrieben sind, können die Schüler und Praktikanten teilnehmen.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Die Bedürfnisse der Mitarbeiter sind durch einen Mitarbeiter-orientierten Führungsstil berücksichtigt, bei dem der einzelne Mitarbeiter ein hohes Maß an Selbständigkeit und Eigenverantwortung trägt. Das Mitarbeiter-zentrierte Qualitätsmanagement bindet die Mitarbeiter in Veränderungsprozesse ein. Ziele und Strategien werden offen mit den Mitarbeitern kommuniziert. Die Mitarbeiter-Orientierung ist im Leitbild verankert. In Jahresmitarbeitergesprächen legt der Mitarbeiter den eigenen weiteren Werdegang mit dem direkten Vorgesetzten fest und erarbeitet seine Zukunftsperspektive.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Es bestehen berufsgruppen- und abteilungsspezifische Arbeitszeiten entsprechend gesetzlicher Bestimmungen. Alle Arbeitszeiten der Mitarbeiter werden elektronisch über ein Zeiterfassungssystem erfasst und gepflegt. Eine Betriebsvereinbarung regelt den Einsatz. Für jeden Mitarbeiter wird ein Arbeitszeitkonto geführt, auf dem die Sollarbeitszeit, die tatsächliche Arbeitszeit sowie die Abweichungen im Saldo als Plus- oder Minusstunden ersichtlich sind. Das Konto wird nach dem Ampelprinzip geführt. Jeder Mitarbeiter kann zu jeder Zeit sein Arbeitszeitkonto einsehen.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Der neue Mitarbeiter wird unter Anleitung des namentlich genannten Mentors an die Tätigkeit herangeführt. Dies wird durch eine Checkliste systematisch dokumentiert. In jeder Abteilung liegt ein Einarbeitungshandbuch vor, das jederzeit einsehbar ist. Die Einarbeitung wird durch regelmäßige Gespräche begleitet und durch einen Abschlussbericht dokumentiert.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Ein betriebliches Vorschlagswesen ist implementiert. Verbesserungsvorschläge werden über ein Formblatt per E-Mail oder in Papierform an das Qualitätsmanagement gesendet, dort bearbeitet, jährlich gesammelt und entsprechend prämiert. Das Beschwerdemanagement ist transparent, niederschwellig und sucht nach schnellen Problemlösungen zur Verbesserung der Qualität. Ein Eckpunktepapier regelt den Umgang mit Mitarbeiterbeschwerden. Das Qualitätsmanagement bearbeitet die Beschwerden/Anregungen umgehend. Informationen des Betriebsrats und des Qualitätsmanagements sind allen Mitarbeitern im Intranet zugänglich.

3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Neben den gesetzlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz werden besonders Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Gefahrstoffumgang und zum Strahlenschutz berücksichtigt. Die hausinternen Abläufe, z. B. bei Arbeitsunfallmeldungen sind klar geregelt. Durch regelmäßige Unterweisungen, Arbeitsschutzbegehungen, Arbeitsplatzbeurteilungen, Geräteprüfungen und daraus abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen wird ein hohes Maß an Arbeitssicherheit gewährleistet. Es werden regelmäßige Untersuchungen der Mitarbeiter durch den Betriebsarzt vorgenommen.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Die Brandschutzordnung (einschließlich der Melde- und Alarmierungswege sowie der Flucht- und Rettungspläne) wurde neu erstellt, ein Notfall-Evakuierungskonzept und Evakuierungspläne mit ausgewiesenen Sammelstellen wurden aktualisiert, um den baulichen und organisatorischen Brandschutz auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Die Brandschutzordnung und die Pläne hängen flächendeckend aus und sind im Intranet hinterlegt. Das Konzept und die Brandschutzordnung werden allen Mitarbeitern ausgehändigt und sind im Intranet abrufbar. Brandschutzunterweisungen finden regelmäßig und verpflichtend für alle Mitarbeiter statt. Die Wartung, Prüfung und Pflege der Brandmeldeanlagen sowie der Löscheinrichtungen erfolgt regelmäßig durch Fremdfirmen.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

An der Information und im Intranet liegt ein Alarmierungsplan vor. Technische Störungs- und Alarmmeldungen werden automatisch an die Mitarbeiter des technischen Dienstes abgesetzt. Evakuierungsübungen finden regelmäßig statt. Zur Bewältigung verschiedenster externer und interner Schadensereignisse wurden ein Alarm- und Einsatzplan sowie ein Evakuierungskonzept erarbeitet. Ein Alarm- Verständigungs- und Evakuierungsplan inklusive der erforderlichen Maßnahmen hängt flächendeckend aus.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Über eine klinikeinheitliche Notfallnummer werden im Notfall die Telefone des Arztes der Intensivstation und der Intensivschwester gleichzeitig ausgelöst. Eine auf die Telefone übertragene Codenummer gibt den Standort des Notfalls an. Das REA-Team der Intensivstation eilt mit der Notfallausrüstung zum Notfall. Der Patient wird vor Ort stabilisiert und danach in den REA-Raum auf der Intensivstation begleitet. Zusätzlich hat die Einrichtung ein Frühdefibrillationsprogramm mit Automatischen Externen Defibrillatoren (AED) an zentralen Punkten des Hauses umgesetzt.

3.1.5 Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit

Der Schutz von eigen-/fremdgefährdenden Patienten bzw. Rehabilitanden ist, unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsrechte, ein wichtiges Ziel. Es wird grundsätzlich auf die Einhaltung der erforderlichen Sicherheit geachtet. Zur Sicherheit sind Rollstuhlbarrieren und automatische Türöffnungen installiert. Die Patienten bzw. Rehabilitanden werden bei allen Therapien und Behandlungen von Fachpersonal betreut. Die Patienten- und Rehabilitandenzimmer sind mit Notrufsystem ausgestattet. Der Einsatz von Freiheitsentziehenden Maßnahmen erfolgt nach einer Verfahrensanweisung.

3.2 Hygiene

3.2.1 Organisation der Hygiene

Der Hygienekommission obliegt die Umsetzung der Hygienerichtlinien. Für die Einhaltung der Vorgaben des Robert-Koch-Instituts sowie für den engen Kontakt mit dem Gesundheitsamt Hameln ist der hygienebeauftragte Arzt verantwortlich. Gemeinsam mit der Hygienefachkraft und Hygienebeauftragten in der Pflege überwacht er die Einhaltung der Hygienerichtlinien, erfasst Auffälligkeiten, um diese im Rahmen von innerbetrieblichen Schulungen und Gesprächen abzustellen. Der aktuelle Hygieneplan steht allen Mitarbeitern in allen Bereichen zur Verfügung.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Alle Daten, die vom externen Labor sowie durch eigene Statistiken bereitgestellt werden, analysiert der hygienebeauftragte Arzt der Einrichtung. Nach Vorgaben des Robert-Koch-Institutes und ggf. nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt Hameln werden anschließend Verfahrensanweisungen erarbeitet, durch die Hygienekommission beschlossen und als Standard für die gesamte Einrichtung erlassen.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Der Hygienekommission obliegt die Planung und Umsetzung hygienesichernder Maßnahmen. Der Hygieneplan steht allen Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung und wird regelmäßig aktualisiert. Die Umsetzung wird durch den hygienebeauftragten Arzt, die Hygienefachkraft und die Hygienebeauftragten in der Pflege regelmäßig überprüft. Der hygienebeauftragte Arzt ist Ansprechpartner sowohl für Mitarbeiter als auch für das Gesundheitsamt Hameln.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Die bindenden Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts werden von der Hygienekommission umgesetzt. Ansprechpartner für alle hygienischen Fragen in allen Bereichen der Einrichtung ist der hygienebeauftragte Arzt. Durch regelmäßige Begehungen und Fortbildungsveranstaltungen, in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt des Landkreises Hameln-Pyrmont, wird die hohe Sorgfalt im Umgang mit den Hygienerichtlinien gesichert und protokolliert.

3.3 Bereitstellung von Materialien

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Das medizinische Ausgabelager der Einrichtung hält alle notwendigen nichttechnischen Medizinprodukte vor. Die Versorgung mit Medikamenten und Medizinprodukten erfolgt durch eine private Apotheke. Blut- und Blutprodukte werden per Blutspendedienst bezogen. Für die Anwendung von Blutprodukten existiert ein umfassendes Qualitätsmanagement.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Es besteht für die Anwendung und Bereitstellung von bzw. den Umgang mit Arzneimitteln ein geregelter Verfahren durch standardisierte Verfahrensanweisungen. Überwachende Funktionen haben dabei zum einen die Arzneimittelkommission sowie die jeweils leitenden Ärzte der Stationen. Durch regelmäßige Begehungen der Stationen sowie Fortbildungen wird die hohe Qualität gewahrt. Die Aufnahmemedikation wird durch ein pharmakologisches Konsil geprüft.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Eine Verfahrensanweisung für den Umgang mit Blut- und Blutprodukten liegt vor. Deren Inhalte werden in Fortbildungen regelmäßig vermittelt und stehen außerdem allen beteiligten Mitarbeitern im Handbuch und im Intranet zur Verfügung. Die Transfusionskommission und insbesondere der Qualitätsbeauftragte achten auf Einhaltung gesetzlicher Regelungen, bearbeiten die Meldungen von Zwischenfällen und melden diese.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Der Umgang mit Medizinprodukten ist im Organisationshandbuch geregelt. In diesem sind alle relevanten Prozesse festgelegt. Den Mitarbeitern ist das Organisationshandbuch der Medizintechnik im Intranet zugänglich, es gilt als Dienstanweisung. Verantwortliche Personen sind benannt. Das Verfahren für die dokumentierten Einweisungen ist festgelegt. Berufsgruppenübergreifend wurden MP-Beauftragte benannt und geschult. Gemäß den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung werden Gerätebücher geführt, Bestandsverzeichnisse erstellt und Gebrauchsanweisungen zugänglich gemacht.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf wendet umfassende Regelungen zum Umweltschutz an. Dies bedeutet einen verantwortlichen Umgang mit Energie, Wasser, Ressourcen, Gefahrstoffen und Abwassereinleitungen. Wir verpflichten uns zur Einhaltung von Rechtsvorschriften. Ein Umwelt- und Abfallbeauftragter überprüft die Umweltziele. Diese werden auch bei umfassenden Bauvorhaben eingehalten und umgesetzt. Abfalltrennung wird konsequent durchgeführt.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Rehabilitandendaten

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Rehabilitandendaten

Zur Dokumentation von Patienten-/Rehabilitanden-Daten wurden berufsgruppenübergreifend hausinterne Regelungen erarbeitet. Die Patienten-/Rehabilitandendokumentation in der Akte wird entsprechend der Verfahrensweisung "Richtlinie zur Dokumentation" geführt, Daten werden im Krankenhausinformationssystem (KIS) hinterlegt und können berufsgruppenübergreifend genutzt werden. Regelungen zur Archivierung von Patienten-/Rehabilitandenakten bestehen und werden gemäß der Checkliste "Aktenführung" umgesetzt.

4.1.2 Dokumentation von Rehabilitandendaten

Alle relevanten Maßnahmen werden zeitnah erfasst und sind nachvollziehbar. Dem Patienten bzw. Rehabilitanden wird ein stetig aktualisierter Therapieplan ausgehändigt. Das DRG-Center überprüft die Korrektheit und Vollständigkeit durchgeführter Prozeduren und hält ggf. Rücksprache mit dem Arzt (Medizincontrolling). Vor Archivierung der Akte wird die Vollständigkeit relevanter Befunde per Checkliste geprüft.

4.1.3 Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten

Alle Krankenakten befinden sich im Archiv und sind für berechtigte Personen bei der Archivmitarbeiterin abrufbar. Auf dem Krankenblattverwaltungsbogen werden Entnahme und Rückgabe der Akten während und nach dem stationären Aufenthalt dokumentiert. Der Verbleib kann somit nachvollzogen werden. Die jeweilige Stationssekretärin verwaltet die Krankenakten. Die Stationskurve befindet sich für zugriffsberechtigte Mitarbeiter auf der jeweiligen Station. Der Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem (KIS) ist in einem Berechtigungskonzept geregelt.

4.2 Informationsweiterleitung

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Der vertikale und horizontale Informationsaustausch ist prozessorientiert. Verfahrensweisungen regeln die Weitergabe der Informationen. Im Intranet und über die teilweise täglich stattfindenden Besprechungen wird über aktuelle Besonderheiten informiert. Interdisziplinäre Besprechungen erfolgen in festgelegten zeitlichen Intervallen, eine Besprechungsmatrix liegt vor.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Neben einer am Haupteingang befindlichen Information (Zentrale) verfügt die Einrichtung über ein Servicecenter. Durch enge Vernetzung mit der Bettendisposition sind die zentralen Auskunftsstellen über Belegungsdaten und die Stationszuordnung von Patienten bzw. Rehabilitanden ständig informiert.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Die Einrichtung betreibt eine aktive PR-Arbeit, die in der Verantwortung der Klinikleitung liegt. Insbesondere über eine Aufklärung der Öffentlichkeit zum Thema Schlaganfall übernimmt die Einrichtung gesundheitspolitische Verantwortung in der Region.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Organisatorisch-technische Maßnahmen gemäß Bundesdatenschutzgesetz sind umgesetzt. Konzeptionelle Hinterlegungen und arbeitsrechtliche Verpflichtungen der Mitarbeiter untermauern den operativen Datenschutz. Die Einhaltung des Datenschutzes wird durch einen externen Datenschutzbeauftragten überwacht. Segmentierung der Datenströme und das umgesetzte Berechtigungskonzept verhindern eine unberechtigte Einsichtnahme oder Manipulation personenbezogener Daten von innen und außen.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Um flexibel auf aktuelle und zukünftige Anforderungen an die EDV reagieren zu können, setzt die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf konsequent Virtualisierungstechnologie ein. Es wurde eine komplett erneuerte, auf Glasfasertechnologie basierende Netzwerk-Infrastruktur in Verbindung mit aktiver HP-Switch-Technologie eingesetzt. Kernkomponenten des EDV-Systems sind bereits komplett redundant ausgelegt, um mögliche Ausfälle und Datenverluste weitestgehend zu verhindern.

5 Führung der Rehabilitationseinrichtung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Die Einrichtung verfügt über ein zentrales Leitbild, bei dessen Entwicklung die Mitarbeiter einbezogen wurden. Das Leitbild bestimmt das Handeln der Mitarbeiter und bietet zukunfts-trächtige Visionen. Es ist im Internet auch für die Öffentlichkeit zugänglich. Zusätzlich wurden auch dezentrale Leitbilder für den Pflegedienst und die therapeutischen Mitarbeiter erstellt und in der Einrichtung gut sichtbar publiziert. Die Leitbilder sind im Intranet für alle Mitarbei-ter hinterlegt.

5.2 Zielplanung

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Die Klinikleitung ist für die strukturierte Zielplanung verantwortlich. Sie trifft sich mindestes einmal wöchentlich, um ihre Strategien für das Leistungsspektrum, Geschäftsfelder und, als akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover, auch für die For-schung und Lehre zu entwickeln und umzusetzen. Die Zielplanung ist für die Mitarbeiter im Intranet einsehbar.

5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse

Für die Einrichtung existieren Organigramme, und zwar sowohl für die hierarchische Zuord-nung als auch für das Qualitätsmanagement. Zusätzlich liegt eine Übersicht mit Verantwort-lichkeiten und Funktionen der Mitarbeiter vor. Die Organigramme und die Übersicht stehen den Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Der Verwaltungsdirektor und der Ärztliche Direktor führen eine jährliche Finanz- und Investi-tionsplanung durch, die dem Gesellschafter zur Genehmigung vorgelegt wird. Notwendige personelle Anpassungen sowie wirtschaftliche Rahmendaten werden einmal im Monat mit dem Betriebsrat diskutiert, ebenso mit den Abteilungsleitern ausgetauscht.

5.3 Sicherstellung einer effizienten Einrichtungsführung

5.3.1 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommis-sionen

In wichtige Gremien ist die Klinikleitung eingebunden. Durch das Lenkungsgremium wird auch die Arbeit der Qualitätszirkel und Projektgruppen koordiniert. Für Gremien existieren Geschäftsordnungen, die eine effiziente Arbeitsweise sicherstellen.

5.3.2 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung

Verwaltungsdirektor und Ärztlicher Direktor vertreten sich bei Abwesenheiten gegenseitig. Beide treffen sich regelmäßig, um sich auszutauschen. Aufgabenverteilungen und andere Absprachen werden auf diese Weise effizient getroffen. Die erweiterte Klinikleitung, mit Pflegedienst- und Therapieleiter trifft sich mindestens zweiwöchentlich.

5.3.3 Information der Einrichtungsführung

Über Abteilungsleiter und die Qualitätsmanagementbeauftragte wird die Klinikleitung regelmäßig, aber auch anlassbezogen (Sentinel Events), informiert. Tagesbezogen erhält die Klinikleitung Belegungsdaten. Ein Quartalsbericht mit wichtigen qualitätsbezogenen Daten wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten erstellt. Auch im Rahmen der erweiterten Klinikleitung werden Informationen ausgetauscht und Maßnahmen abgeleitet.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Transparenz der Arbeit von Klinikleitung, Betriebsrat und Qualitätsmanagement, jährliche Mitarbeitergespräche und engagierte interdisziplinäre Stationsteams mit eigenverantwortlichen Mitarbeitern vertiefen das Vertrauen und die konstruktive Zusammenarbeit. Fest etablierte Workshops für Führungskräfte und Mitarbeiter und eine jährliche Betriebsfeier fördern den partnerschaftlichen Dialog. Mitarbeiterbefragungen zeigen Verbesserungspotentiale auf.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Auftretende ethische Problemstellungen werden durch eine zeitnah einberufene interdisziplinäre Ethikkommission bearbeitet. Fortbildungen geben die Möglichkeit, ethische Problemstellungen im Alltag besser wahrzunehmen und adäquater damit umzugehen. Mitarbeiter können die sie belastenden Situationen im Rahmen von (Einzel-) Supervisionen beziehungsweise in Form von Balintarbeit aufarbeiten.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden

Im Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen werden sowohl der mutmaßliche Patienten-/Rehabilitandenwille als auch die Bedürfnisse der Angehörigen berücksichtigt. Unterstützung bieten wir sowohl von medizinischer und psychologischer als auch von seelsorgerischer Seite. Zur Klärung von Fragen im Umgang mit dem mutmaßlichen Patienten-/Rehabilitandenwillen kann die Ethikkommission einberufen werden. Geplant ist eine Klinikkapelle, in die sich auch Angehörige bei Bedarf zurückziehen können.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Beim Umgang mit Verstorbenen wird pietätvoll auf die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen eingegangen. Der Abschied vom Verstorbenen kann im Einzelzimmer bzw. in einem einzeln belegten Patientenzimmer erfolgen. Es besteht das Angebot von Gesprächen und seelsorgerischer oder psychologischer Unterstützung. Die Klinik baut derzeit eine neue Klinikkapelle, die Ende 2015 fertig gestellt werden wird. Die Kapelle ist ökumenisch ausgelegt und wird auch Gläubigen anderer Glaubensgemeinschaften offen stehen.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

6.1.1 Einbindung aller Einrichtungsbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Einrichtung betreibt ein mitarbeiterorientiertes, systematisches und zertifiziertes Qualitätsmanagement. Das Lenkungsgremium besteht aus leitenden Mitarbeitern und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Interdisziplinäre Qualitätszirkel bestimmen ihre Ziele in Absprache. Mitarbeiter werden aktiv in Prozesse eingebunden und regelmäßig informiert. Führungskräfte und deren Mitarbeiter setzen abteilungsinterne Ziele um. Die QMB ist Koordinatorin zwischen verschiedenen Ebenen und Ansprechpartner in organisatorischen und formalen Fragen.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Qualitätsziele werden auf der Basis des Leitbilds definiert und evaluiert. Das Lenkungsgremium, die Qualitätszirkel und die Führungskräfte entwickeln Qualitätsziele aus Zufriedenheitsbefragungen, Beschwerdemanagement bzw. Anregungen von Patienten und Rehabilitanden und dem strukturierten innerbetrieblichen Vorschlagswesen. Die Qualitätsziele, deren Umsetzung und Erreichung werden allen Mitarbeitern durch Präsentationen, Informationsschreiben, Intranet und Gespräche bekannt gegeben und durch interne und externe Audits überprüft.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Die Klinikleitung ist für das Qualitätsmanagement verantwortlich und unterstützt Schulungen. Es existieren Organigramme. Ziele und Aufgaben für Qualitätszirkel legt das Lenkungsgremium fest, Mitarbeitervorschläge werden berücksichtigt. Die Qualitätszirkel setzen berufsgruppenübergreifend, mitarbeiterorientiert Projekte um und informieren darüber. Interne und externe Audits werden durchgeführt. Eine Qualitätsmanagementbeauftragte koordiniert die Projektarbeit. Prozessorganisation hat Vorrang vor Abteilungsorganisation.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Aus Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheits-, Mitarbeiterbefragungen und Ermittlung des Ist-Soll-Standes werden Ziele für die Qualitätszirkel und einzelne Bereiche in Absprache mit dem Lenkungsgremium abgeleitet. Durch Jahresmitarbeitergespräche und bereichsbezogene Projekte mit Zielvereinbarungen, aktualisierte Verfahrensanweisungen mit geregelten Verantwortlichkeiten, interne Audits und regelmäßige Zertifizierungen wird die Qualität gesichert. Es finden bereichsübergreifende Schulungen für Mitarbeiter und Führungskräfte statt.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

6.3.1 *Sammlung qualitätsrelevanter Daten*

Zur Prozessoptimierung und der Erhöhung der Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheit werden qualitätsrelevante Daten durch Befragung und das Beschwerdemanagement erhoben, gesammelt, analysiert und den betroffenen Bereichen zugänglich gemacht. Durch interne und externe Audits werden Prozesse überprüft und Verbesserungspotentiale identifiziert. Durch die zentrale Therapieplanung ist eine optimale Abfolge der Therapieeinheiten ohne Wartezeiten gewährleistet. Die Einrichtung beteiligt sich an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

6.3.2 *Nutzung von Befragungen*

Die Daten der Zufriedenheit von Patienten, Rehabilitanden und Angehörigen werden durch das Qualitätsmanagement anonym erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse fließen nach Analyse in neue Qualitätsmanagement-Projekte ein, zur Steigerung der Zufriedenheit und Optimierung der Abläufe. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt über Aushänge, Intranet und Internet. Der Betriebsrat führt regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch. Einweisern und Lieferanten stehen Fragebögen in der Einrichtung und im Internet zur Verfügung. Auch diese Rückmeldungen werden mittels Statistikprogramm von geschulten Mitarbeitern ausgewertet.

6.3.3 *Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Rehabilitandenbeschwerden*

Es gibt ein geregeltes Beschwerdemanagement. Patienten, Rehabilitanden und Angehörige können durch persönliche Gespräche, Befragungen, den Bogen "Anregung, Kritik und Lob" (anonym möglich) und per Brief, Telefon und Internet Beschwerden und Wünsche an die Qualitätsmanagementbeauftragte übermitteln. Die Qualitätsmanagementbeauftragte erfasst Kritik und Anregungen statistisch und bearbeitet die Umsetzung. Auf Wunsch werden die Ergebnisse umgehend rückgemeldet.